|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | SOLICITAÇÃO DE REEMBOLSO/ PAGAMENTO  | **Número** |
| Data da entrega  |
| **Solicitante:** **Setor:** **Centro de Custos:**  |
| Descrição | Quantidade | **Valor**  |
|   |   |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| Total:  |

Observações: Ao solicitar o pagamento favor ser o mais claro possível.

|  |
| --- |
| Justificativa do solicitante: |

|  |  |
| --- | --- |
| CIENTE DO GESTOR:  | Data:\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_ |
| APROVAÇÃO FINANCEIRA: | Data:\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_ |

|  |
| --- |
|  |
| Nome do Titular: CPF ou CNPJ do Titular da Conta: Banco:Agencia:Conta: Tipo:( ) Corrente( ) Poupança OuAnexar boleto |
|  |
|  |